

CM 4- CERERE AVIZARE SCHIMBARE SEDIU PUNCT DE LUCRU

Nr. _____ / _____

DOMNULUI PREȘEDINTE AL

**COMISIEI DE AVIZĂRI ACREDITĂRI DIN CADRUL
COLEGIULUI JUDEȚEAN AL MEDICILOR MUREȘ**

Subsemnatul/a _____,
medic primar/specialist _____, având
atestat/supraspecializare în _____ cu
domiciliul în _____

Vă rog să avizați schimbarea sediului punctului de lucru al cabinetului medical
individual din _____
în _____

Declar pe proprie răspundere că la noul sediu al punctului de lucru al cabinetul
medical există dotarea minimă corespunzătoare activității medicale desfășurate.

Anexez documentația necesară eliberării avizului, respectiv:

- copia certificatului de membru;
- dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să se presteze serviciile
medicale la noul sediu al punctul de lucru;
- copia autorizației sanitare de funcționare;
- copia certificatului de avizare eliberat de Colegiul Județean al Medicilor Mureș
pentru înregistrarea punctului de lucru în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale;
- dovada achitării taxei de avizare

Tg-Mureș, la _____

Semnătura,